

IV/Winter 1999/2000



# HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift **Soziale Sicherheit**

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

## RETURNS ON HEALTH INVESTMENT – GESUNDHEITSZUSTAND IN DER EU

**Schwerpunktthema:*****Gesundheit 21 – Österreichische Ziele***

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel\*

Seit Beginn dieses Jahrhunderts ist die Lebenserwartung in den europäischen Ländern rapide gestiegen, in einigen Ländern einschließlich Österreich hat sie sich fast verdoppelt. Auch in den neunziger Jahren steigt die Lebenserwartung mit reduzierter Geschwindigkeit weiter und liegt in Österreich inzwischen im EU-Durchschnitt. Die Säuglingssterblichkeit verbessert sich in zentral- und osteuropäischen Ländern langsamer als in westeuropäischen Ländern, die Lebenserwartung älterer Menschen steigt kaum schneller als im Westen. Daher kann in bezug auf Gesundheitsindikatoren derzeit nicht von einem Prozeß einer Annäherung beider Ländergruppen gesprochen werden. Dies ist umso bedauerlicher, da die wirtschaftswissenschaftliche Theorie vermuten läßt, daß im Wirkungszusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Gesundheitsniveau eines Landes Kausalitäten in beiden Richtungen bestehen. Neuere Untersuchungen weisen auf eine positive Wirkung des Gesundheitsniveaus auf das langfristige Wirtschaftswachstum hin.

Die Sterblichkeit in Österreich verringerte sich in drei Jahrzehnten gegenüber dem EU-Durchschnitt schneller. Gemessen am EU-Niveau ist die Mortalität in Österreich höher, wobei sich der Abstand im Beobachtungszeitraum um etwa ein Zehntel verkleinerte. Die Krebssterblichkeit nahm laufend ab und befand sich 1995 unter dem EU-Durchschnitt. Auf der Grundlage der drei häufigsten Todesursachen pro Altersgruppe und unter Bezugnahme auf die relative Position Österreichs in der Entwicklung der Mortalität konnten zwölf für Österreich relevante Ziele aus dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation identifiziert werden. Die Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden, die Eindämmung der Verletzungen infolge von Gewalt und von Unfällen, Gesünder Leben, und die Verbesserung der psychischen Gesundheit, wurden als jene gesundheitspolitische Zielbereiche für das 21. Jahrhundert isoliert, denen gemäß dem Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung höchste Priorität zukommt.

\*Wir danken Jürgen Schwärzler für die Mitwirkung

### Qualitätsmaße gesundheitlicher Versorgung

Traditionelle Maße für den Gesundheitszustand setzen an Mortalitätsstatistiken wie Lebenserwartungen, Kindersterblichkeit, standardisierten Sterberaten oder verlorenen Lebensjahren (*Potential years of life lost* PYLL) an. Diese Daten haben den Vorteil, relativ häufig und in einheitlicher Qualität verfügbar zu sein, so daß sie für internationale Vergleiche anwendbar sind. Gleichzeitig sind diese Daten zwar hilfreich für die Beobachtung von Mortalitätsmustern, geben aber nur bedingt Aufschlüsse über jene Aspekte des Gesundheitszustands, die in keinem direkten Zusammenhang zu Sterbefällen stehen. Zu diesem Zweck sind Maße für den Gesundheitszustand vonnöten. Verschiedene Arten von übergreifenden i. S. v. nicht auf einzelne Krankheiten oder Beschwerden bezogenen Maßen haben sich etabliert. Zu ihnen zählen der *selbst wahrgenommene Gesundheitszustand*, *multidimensionale Maße* wie SF-36 Health Survey und Health Utility Index, und eine weitere Gruppe umfassender Maße für den Gesundheitszustand, die Informationen über die Lebenserwartung mit einer Einschätzung darüber verbindet, wieviel der verbleibenden Lebenszeit in Gesundheit (Healthy life expectancy HLE) bzw. frei von Behinderung (disability-free life expectancy DFLE) verbracht werden kann.

Für praktisch keines der umfassenden Gesundheitsmaße liegt derzeit eine vollständige und vergleichbare Datenbasis für die hier untersuchten europäischen Länder vor: Surveys werden nicht in allen Ländern durchgeführt, Fragestellungen weichen voneinander ab, und es herrscht Uneinigkeit über Berechnungsweisen und die anzuwendenden Gewichtungen bei der Aggregation mehrerer Gesundheitsaspekte. Da bei den an die Mortalität anknüpfenden Indikatoren hingegen Datenverfügbarkeit und -qualität eher gegeben sind, wird in den folgenden Ausführungen darauf Bezug genommen.

### Gesundheitszustand in der EU

In diesem Jahrhundert ist die Lebenserwartung rapide angestiegen, in einigen europäischen Ländern wie Österreich, Spanien oder Ungarn hat sie sich sogar verdoppelt. Zu Beginn des Jahrhunderts lag die Lebenserwartung bei Geburt in den heutigen OECD-Ländern zwischen 35,7 bzw. 33,9 Jahren bei spanischen Frauen und Männern und 60,6 bzw. 58,1 Jahren bei neuseeländischen Frauen und Männern<sup>1</sup>. Auch innerhalb Europas war eine breite Streuung zu verzeichnen, mit längerer Lebenserwartung in den nordischen Ländern und relativ niedriger Lebenserwartung in einer heterogenen Gruppe von Ländern, der neben Spanien auch Ungarn, Österreich und das heutige Tschechien angehörten. Bereits in diesen Daten zeichnet sich die höhere Lebenserwartung bei Frauen ab.

---

<sup>1</sup> Melissa Jee, Zeynep Or, Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policymaking. Labour Market and Social Policy - Occasional Papers No 36, OECD 1997.

### Wodurch wird Lebenserwartung gewonnen?

Ein beträchtlicher Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt kann in allen OECD-Ländern verzeichnet werden, für die Daten vorliegen. Die Stärke dieses Wachstums ist aber durchaus unterschiedlich; sie reicht von einem durchschnittlichen Zuwachs um über 0,8 Prozent p. a. im Zeitraum 1990 bis 1996 in Spanien bis zum vergleichsweise bescheidenen Wachstum um rund ein Drittel Prozent p. a. in Schweden und Dänemark. Dies erklärt sich aus den unterschiedlichen Ausgangsbasen, schließlich betrug die schwedische und die dänische Lebenserwartung im Jahr 1900 bereits bei Männern und Frauen über 50 Jahre, während Spanierinnen und Spanier im Durchschnitt gerade damit rechnen konnten, ihren 35. Geburtstag zu erleben. Generell zeichnet sich ab, daß Länder mit einer niedrigeren Ausgangsbasis in der Regel höhere Zuwächse der Lebenserwartung erreichen konnten.

Die höheren Gewinne an Lebenserwartung in Ländern mit niedrigerer Ausgangsbasis führten dazu, daß innerhalb der EU bis Anfang der 90er Jahre ein Konvergieren der Lebenserwartung zu beobachten war. Die Standardabweichung der Lebenserwartung betrug 1996 nur noch rund 1,2 bei Männern und Frauen, während die Vergleichswerte 1960 noch 2,0 und 2,7 betragen hatten. Seit 1990 hat sich die Standardabweichung bei steigender Lebenserwartung wieder vergrößert (vgl. Tabelle 1).

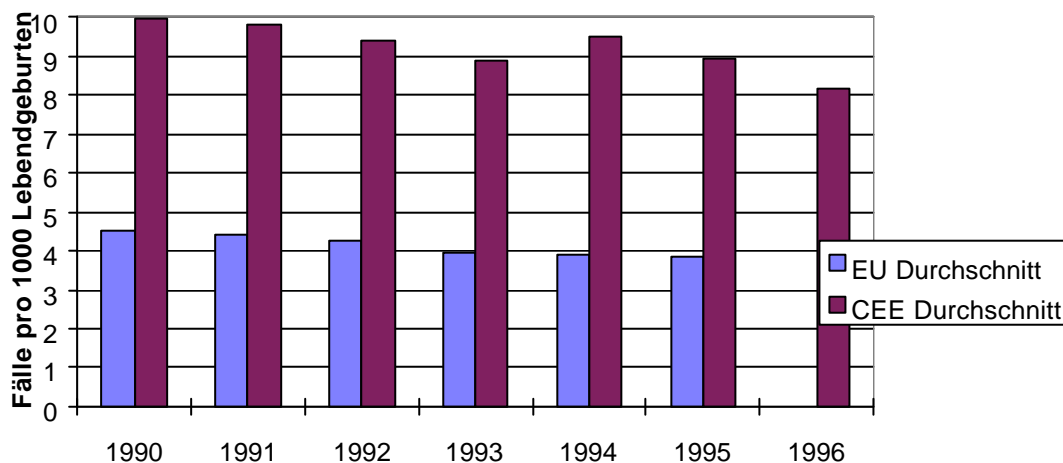
Tabelle 1: Lebenserwartung bei Geburt

	in Jahren						in Jahren						Veränderung in % pro Jahr	
	1900	1960	1970	1980	1990	1996	1900	1960	1970	1980	1990	1996	1900-1996	
	Frauen						Männer						F	M
Österreich	41,1	71,9	73,4	76,1	78,9	80,2	39,1	65,4	66,5	69,0	72,3	73,9	0,70	0,67
Belgien	48,8	73,5	74,2	76,8	79,1	81,0	45,4	67,7	67,8	70,0	72,4	74,3	0,53	0,51
Dänemark	56,2	74,1	75,9	77,6	77,7	78,0	52,9	72,3	70,7	71,4	72,0	72,8	0,34	0,33
Finnland	48,1	71,6	74,2	77,6	78,9	80,5	45,3	64,9	65,9	69,2	70,9	73,0	0,54	0,50
Frankreich	48,7	73,6	75,9	78,4	80,9	82,0	45,3	67,0	68,4	70,2	72,7	74,1	0,54	0,51
Deutschland	48,3	72,7	73,6	76,6	79,0	79,9	44,8	67,0	67,2	69,9	72,7	73,6	0,53	0,52
Griechenland		70,7	73,6	76,6	79,4	80,4		67,5	70,1	72,2	74,6	75,1		
Großbritannien	52,4	74,2	75,2	75,9	78,6	79,3	48,5	68,3	68,6	70,2	72,9	74,4	0,43	0,45
Irland	49,6	71,8	73,2	75,0	77,5	78,5	49,3	68,5	68,5	69,5	72,0	73,2	0,48	0,41
Italien	44,8	72,3	74,9	77,4	80,0	81,3	44,2	67,2	69,0	70,6	73,5	74,9	0,62	0,55
Luxemburg		71,9	73,9	75,1	78,5	80,0		66,1	67,0	68,0	72,3	73,0		
Niederlande	53,4	75,5	76,6	79,2	80,1	80,4	51,0	71,6	70,9	72,4	73,8	74,7	0,43	0,40
Portugal		67,2	71,0	75,8	77,9	78,5		61,7	65,3	67,7	70,9	71,2		
Spanien	35,7	72,2	75,1	78,6	80,5	81,6	33,9	67,4	69,6	72,5	73,4	74,4	0,86	0,82
Schweden	57,0	74,9	77,1	78,8	80,4	81,5	54,5	71,2	72,2	72,8	74,8	76,5	0,37	0,35
Standardabw.	6,06	2,00	1,54	1,33	1,05	1,21	5,73	2,71	1,96	1,61	1,14	1,23		
Mittelwert, ungewichtet	48,7	72,5	74,5	77,0	79,2	80,2	46,2	67,6	68,5	70,4	72,8	73,9		

Quelle: Jee, Or 1998, IHS-HealthEcon 1999.

Ein großer Teil dieser Gewinne an Lebenserwartung wird den verbesserten Überlebensraten von Säuglingen und Kleinkindern zugeschrieben. Überlebte zu Beginn des Jahrhunderts in einigen europäischen Ländern bis zu einem von fünf Neugeborenen nicht sein erstes Lebensjahr, konnte dieser Wert in den westeuropäischen Ländern bis Mitte der neunziger Jahre auf unter einen Sterbefall je 200 Lebendgeborene gedrückt werden<sup>2</sup>. Die Vergleichswerte einiger zentral- und osteuropäischer Länder bewegen sich bei diesem Wert wie auch bei der Sterblichkeit bis zum 28. Lebenstag derzeit noch auf etwa doppelt so hohem Niveau wie EU-Länder. In den neunziger Jahren konnten noch weitere Verbesserungen bei Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit erzielt werden. Dies gilt für EU-Länder wie auch für die zentral- und osteuropäischen Länder (CEE), wie Abbildung 1 verdeutlicht. Eine Tendenz zur Konvergenz zwischen westlicher und östlicher Säuglingssterblichkeit kann in den neunziger Jahren nicht ausgemacht werden: Während von 1990 bis 1995 die Säuglingssterblichkeit im Durchschnitt der EU-Länder um rund 15 Prozent sank, ging sie in den zentral- und osteuropäischen Ländern im selben Zeitraum um knapp 11 Prozent zurück.

Abbildung 1: Säuglingssterblichkeit je 1000 Lebendgeburten



Quelle: WHO Health for All 1999 (Todesfälle in den ersten 28 Lebenstagen bezogen auf alle Lebendgeburten pro Jahr), IHS-HealthEcon 1999.

### Wieviel Geschlechterdifferenz findet sich in der Lebenserwartung?

Während die Gewinne an Lebenserwartung in den ersten Jahrzehnten des Jahrhunderts noch stärker durch Verbesserungen der Säuglings- und Kindersterblichkeit erzielt wurden, ist die steigende Lebenserwartung der letzten Jahre vorwiegend der verringerten Mortalität in fortgeschrittenerem Alter zuzuschreiben<sup>3</sup>. Berechnungen über die weitere Lebenserwartung

<sup>2</sup> vgl. Jee, Or 1997, S. 16.

<sup>3</sup> Vgl. Jee, Or 1997, S.16.

älterer Altersgruppen zeigen, daß auch in den neunziger Jahren dieser Prozeß steigender Lebenserwartung älterer Menschen noch nicht zum Erliegen gekommen ist (vgl. Tabelle A2 und A3), wenn auch in Dänemark als einzigem Land die Lebenserwartung 65jähriger Frauen seit 1990 zurück ging. In allen anderen Ländern stieg die Lebenserwartung oder stagnierte beinahe, wie bei niederländischen, irischen und britischen Frauen. Den stärksten Anstieg der Lebenserwartung verzeichneten luxemburgische Frauen, die 1995 bereits mit einer um 8 Prozent längeren weiteren Lebensdauer rechnen konnten als gleichaltrige im Jahr 1990. Bei 65jährigen Männern stieg die Lebenserwartung von 1990 bis 1995 in Finnland, Deutschland, Luxemburg und Österreich um rund fünf Prozent, in den anderen EU-Ländern weniger stark. Auch in den hier analysierten Beitrittsländern stieg die Lebenserwartung der über 65-jährigen, wobei dies am markantesten bei tschechischen Männern zu beobachten ist.

Die Lebenserwartung weicht in einzelnen EU-Ländern vom gewichteten EU-Durchschnitt um bis zu elf Prozent nach oben (Frankreich) und ähnlich stark (Portugal, Irland) nach unten ab; bei den Frauen ist diese Streuung zum Teil noch ein wenig ausgeprägter als bei Männern. Die in den Tabellen A2 und A3 ausgewiesenen Beitrittskandidaten zur EU verzeichnen eine geringere Lebenserwartung als die EU-Mitgliedsländer. Am relativ besten gestellt in dieser Gruppe ist Slowenien, das aber immer noch bei Männern um zehn und bei Frauen um sieben Prozent unter dem EU-Durchschnitt liegt. Ungarn haben die geringste Lebenserwartung aller hier betrachteten Nationalitäten, im Gegensatz zu Tschechen konnten sie auch seit 1990 nicht gegenüber dem EU-Durchschnitt aufholen, obwohl beide Länder ähnliche Ausgangswerte aufwiesen.

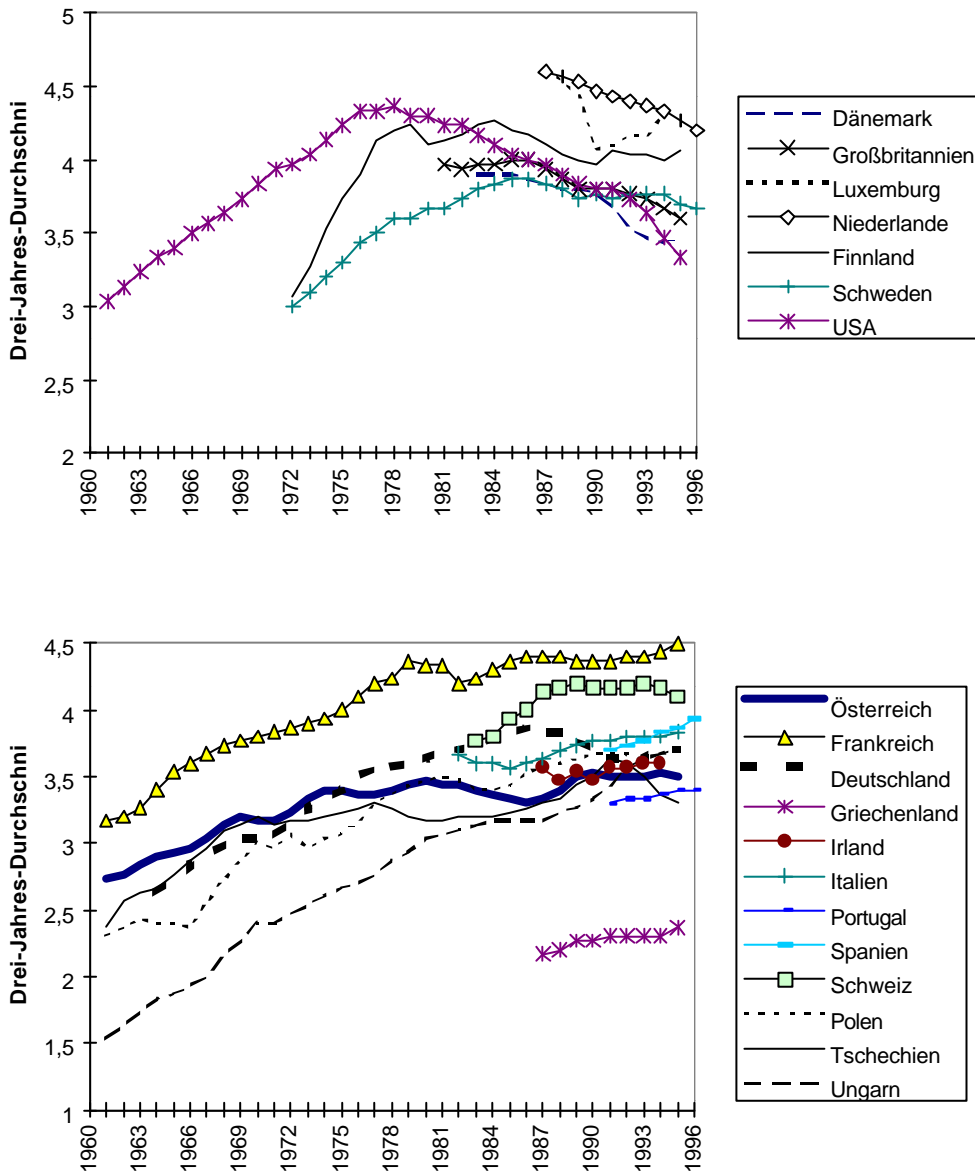
In der Vergangenheit ist die Lebenserwartung der Frauen stärker als jene der Männer gewachsen, sodaß sich die Differenz der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern vergrößert hat. Dieser Unterschied ist seit etwa 1980 in den meisten europäischen Ländern nicht weiter gestiegen. 65jährige Frauen können ab diesem Zeitpunkt damit rechnen, um drei bis viereinhalb Jahre länger zu leben als gleichaltrige Männer. 1960 betrug diese Differenz je nach Land noch rund eineinhalb bis drei Jahre. Besonders gering fiel damals die Differenz in Ungarn aus, wo in den 60er Jahren wie auch heute noch die Lebenserwartung niedriger als in praktisch allen der hier betrachteten Länder ist. In manchen Ländern nähern sich männliche und weibliche Lebenserwartung bereits wieder an, hierzu zählen die Niederlande, Dänemark, Großbritannien, aber auch die USA. Abbildung 2 zeigt diese Entwicklung.

In Österreich trifft eine Verringerung der Geschlechterdifferenz darüberhinaus auch auf die Lebenserwartung frei von Behinderung (DFLE) zu<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> vgl. WHO (1998) Highlights on Health in Austria, European Commission and WHO Regional Office for Europe, July 1997, Copenhagen 1998, S. 12.

Abbildung 2a und 2b: Differenz der Lebenserwartung, in Jahren



Quelle: WHO Health for All 1999, IHS-HealthEcon Berechnungen 1999.

### Was kostet Lebenserwartung

Die Beschäftigung mit gesundheitlicher Situation und Lebenserwartung älterer Menschen ist aus gesundheitsökonomischer Perspektive interessant, da sich in dieser Bevölkerungsgruppe einerseits länger dauernde und chronische gesundheitliche Beschwerden konzentrieren, und diese Altersgruppe in den nächsten Jahren einen steigenden Anteil der Gesamtbevölkerung in

Europa ausmachen wird<sup>5</sup>. Eine niederländische Studie<sup>6</sup> nahm eine Abschätzung der Nachfrage basierend auf Krankheitskosten nach Diagnose- und Altersgruppen vor. Es wurde das gesamte Gesundheitswesen einschließlich den Bereichen psychische Krankheiten und der Pflege älterer Menschen mit einbezogen. Die Summe aller psychiatrischen Krankheiten verursachten 1994 in den Niederlanden 28 Prozent der Gesundheitsausgaben<sup>7</sup>. Mit 6 Prozent verursachten Muskel- und Knochenkrankheiten den zweithöchsten Ausgabenanteil. Alle Arten von Krebs und kardiovaskulären Krankheiten gemeinsam verursachen 17 Prozent der Gesundheitsausgaben, wobei Erkrankungen in diesen Diagnosegruppen im Beobachtungsjahr zu 67 Prozent aller Todesfälle führten. Im Hinblick auf die Verteilung der Krankheitslasten wurden diesen Ergebnisse in einer neuen, global angelegten Untersuchung weitgehend bestätigt<sup>8</sup>. Nicht-übertragbare Erkrankungen verursachten in den entwickelten Ländern 81 Prozent der Krankheitslasten, gemessen am Verlust von gesunden Lebensjahren (Disability Adjusted Life Years - DALYs). 23 Prozent des DALY-Anteils wurde dem Verlust an gesunden Lebensjahren infolge neuropsychiatrischer Erkrankungen zugeschrieben, 18 Prozent den kardiovaskulären Erkrankungen und 15 Prozent den Krebserkrankungen.

### Frühzeitiges Sterben

Anhaltspunkte über den Gesundheitszustand jüngerer Altersgruppen bieten Kennzahlen vom Typ der verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost PYLL), die bezogen auf einzelne oder alle Todesursachen berechnet werden können. Die hier ausgewiesenen Ergebnisse beruhen auf Daten der OECD, die in ihrer Berechnung das Erreichen des siebzigsten Lebensjahres als Bezugspunkt wählt. Gemessen an dieser Kennzahl und ohne Berücksichtigung verschiedener Todesursachen nimmt Schweden mit deutlichem Abstand den Spitzenplatz unter den europäischen Ländern ein, gefolgt von den Niederlanden, Großbritannien und Griechenland (vgl. Tabelle A1). Die meisten EU-Länder haben ihre Position relativ zum EU-Durchschnitt im Lauf der neunziger Jahre nur wenig verschoben. Ausnahmen bilden hier Finnland und Luxemburg, die sich ausgehend von einem um mehr als zehn Prozent schlechteren Wert dem EU-Durchschnitt anpassen konnten, und Schweden, das seine ohnehin schon vorbildliche Position weiter verbessert hat. Für die Beitrittskandidaten zur EU liegen nur teilweise derartige Berechnungen vor, auffällig ist auch bei dieser Kennzahl Ungarn, das rund doppelt so viele Lebensjahre pro 100.000 Einwohner durch vorzeitiges Sterben verliert

<sup>5</sup> siehe Health System Watch III/Herbst 1999.

<sup>6</sup> Willem Jan Meerdering, Luc Bonneux, Johan J Polder, Marc A Koopmanschap, Paul J van der Maas, Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: Cost of illness study. British Medical Journal, 1998, 317, 111-115.

<sup>7</sup> Hiervon entfallen 8,1 Prozent auf Schwachsinn (*Mental retardation and Down's Syndrom*) und 5,6 Prozent auf Demenz, 2,3 Prozent wurden durch Depression und Angst verursacht und 1,4 Prozent durch Schizophrenie.

<sup>8</sup> Making a Difference, The World Health Report 1999, World Health Organization, Geneva 1999.

wie ein durchschnittliches EU-Land. Tschechien lag 1993 um rund ein Drittel über dem Vergleichswert der EU, damit aber gleichzeitig auf dem selben Niveau wie die USA<sup>9</sup>.

Eine Aufgliederung der verlorenen Lebensjahre nach Todesursachen zeigt, daß rund zwei Drittel nur vier Kategorien von Todesursachen zurechenbar sind<sup>10</sup>. Bei Frauen machen verschiedene Arten maligner Neoplasien rund ein Drittel aller potentiell vermeidbaren verlorenen Lebensjahre aus, das zweite Drittel ist zu etwa gleichen Teilen Kreislaufkrankheiten und externen Ursachen einschließlich Unfällen oder Gewaltverbrechen zuzurechnen. Zerebrovaskulären Krankheiten, der viertwichtigsten Krankheitsgruppe, sind nur in Ungarn, Luxemburg und Portugal bei Frauen mehr als fünf Prozent der verlorenen Lebensjahre zuzurechnen. Bei Männern verteilen sich die verlorenen Lebensjahre mit deutlich anders verteiltem Gewicht auf dieselben vier wichtigsten Kategorien von Todesursachen. Externen Ursachen ist in einigen Ländern rund ein Drittel aller verlorenen Lebensjahre zuzurechnen, Finnland (39 Prozent) rangiert hier vor Luxemburg (36 Prozent), der Schweiz (32 Prozent) und Österreich (31 Prozent). Krebs und Kreislauferkrankungen verursachen je rund ein Fünftel der verlorenen Lebensjahre.

### **Führt wirtschaftliche Leistungskraft zu besserer Gesundheit ...**

Der Zusammenhang zwischen größerem Reichtum und besserem Gesundheitszustand ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Er gilt sowohl auf der Makroebene, wie Untersuchungen über zumeist westliche Industrieländer dokumentieren<sup>11</sup>, aber auch auf der Mikroebene. Außerdem gibt es Belege dafür, daß nicht nur höheres Einkommen, sondern auch gleichmäßiger verteiltes Einkommen mit besserem Gesundheitszustand einhergehen. Auch dieser Zusammenhang wurde sowohl in Ländervergleichen<sup>12</sup> als auch auf der Ebene von Einzelpersonen<sup>13</sup> festgestellt. Wird das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf als Maß für Reichtum und die Lebenserwartung bei Geburt als Näherungswert für den Gesundheitszustand akzeptiert, läßt sich der angesprochene Zusammenhang auf internationaler Ebene wie in Abbildung 3 darstellen. Je nach Modellspezifikation erklären allein Unterschiede in der Höhe des BIP pro Kopf bis zu drei Viertel der Abweichungen der durchschnittlichen Lebenserwartung. Abbildung 3 bildet die Werte für europäische Länder und die

<sup>9</sup> Bemerkenswert ist das schlechte Abschneiden der USA bei dieser Kennzahl auch deshalb, weil sich die Lebenserwartung 65jähriger in einer ähnlichen Größenordnung wie in Europa bei derselben Altersgruppe bewegt. Es ist jedoch zu vermuten, dass die hohe Lebenserwartung mit dem umfassenden Versicherungsschutz der über 65-jährigen (Medicare) korrespondiert, wohingegen etwa 15 Prozent der unter 65-jährigen keinen Versicherungsschutz aufweisen und somit einem erhöhten frühzeitigen Krankheits- und Sterberisiko ausgesetzt sein dürften. Vgl. Zur Systembeschreibung Health System Watch II/Sommer 1999.

<sup>10</sup> Vgl. Jee, Or 1997, S. 18. Die Zahlen beziehen sich auf 1994.

<sup>11</sup> Vgl. z. B. Ettner, Susan (1996): New evidence on the relationship between income and health. *Journal of Health Economics* 15, 67-85.

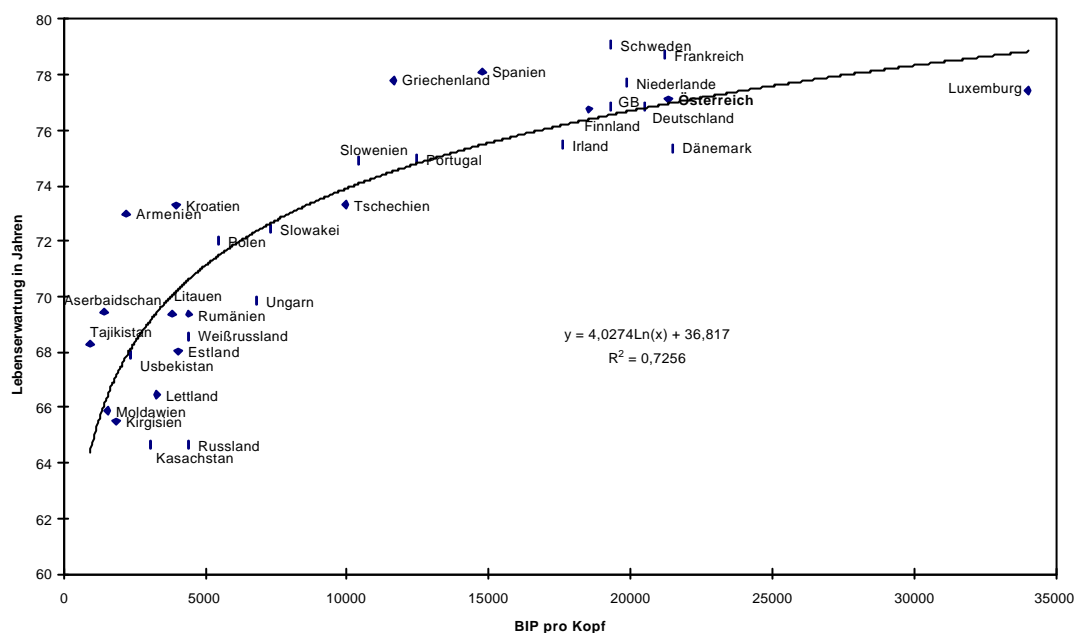
<sup>12</sup> Eddy van Doorslaer et al., Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 16, 1997, 93-112.

<sup>13</sup> Z. B. Wolfson, Michael, George Kaplan, John Lynch, Nancy Ross, Eric Backlund (1999): Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. *British Medical Journal* 319, 953-957; Chiang, Tung-Liang (1999): Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: regression analysis. *British Medical Journal* 319, 1162-1165.



Nachfolgestaaten der Sowjetunion ab. Es lassen sich einzelne Cluster ausmachen: Die EU-Länder verbinden ein hohes Einkommen pro Kopf mit einer ebenfalls hohen Lebenserwartung, die vergleichsweise armen Nachfolgestaaten der Sowjetunion verzeichnen eine deutlich niedrigere Lebenserwartung. Einige südliche EU-Länder und Beitrittswerber zur EU liegen zwischen diesen beiden Gruppen. Die Grafik verdeutlicht, daß Steigerungen des Pro-Kopf-Einkommens bei niedrigem Ausgangsniveau mit deutlich höheren Gewinnen an Lebenserwartung einhergehen als bei höherem Ausgangsniveau.

Abbildung 3: Lebenserwartung und Einkommen pro Kopf in US\$ zu Kaufkraftparitäten (1995)



Quelle: WHO Health for All 1999, IHS-HealthEcon 1999.

Wird die Untersuchung auf homogenere Ländergruppen, wie z. B. die EU-Länder eingeschränkt, geht der Erklärungswert des Einkommens für die zu erwartende Lebenslänge zum größten Teil verloren; bei ähnlich hohem Lebensstandard sind andere Faktoren offenbar wesentlicher für den Gesundheitszustand als die genaue Einkommenshöhe. Zu diesen Faktoren könnten der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP gehören, der Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch nicht unmittelbar dem Gesundheitsbereich zurechenbare Faktoren wie Lebensstil, Kriminalität oder Verkehrssicherheit.

### ... oder verbessert gute Gesundheit auch das Wirtschaftswachstum?

Statistische Beziehungen wie oben in Abbildung 3 dargestellt können zwar Zusammenhänge aufzeigen, aber nicht Klarheit über die Richtung allfälliger Wirkungszusammenhänge schaffen. Die Theorie des Wirtschaftswachstums beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren über welche Wirkungskanäle das Ausmaß des Wirtschaftswachstums bestimmen. Der theoretische

Zweig der neue Wachstumstheorie argumentiert und modelliert in vielfacher Weise, daß Faktoren wie technologischer Fortschritt und Humankapital wesentliche Beiträge zum Wirtschaftswachstum liefern, bleibt aber meist die konkrete Spezifikation dieser Größen schuldig. Daher werden für die Abbildung von technologischem Fortschritt und Humankapital auch die unterschiedlichsten Indikatoren verwendet, denen dann die ökonometrischen Schätzungen je nach gewählten Modellspezifikationen, Zeitrahmen und Ländergruppe signifikanten Einfluß auf das Wirtschaftswachstum beimessen oder auch nicht<sup>14</sup>.

Einigen jüngeren Arbeiten<sup>15</sup> ist gemeinsam, daß bei drei unabhängigen Variablen ein Einfluss auf das nachhaltige Wirtschaftswachstum festgestellt werden konnte. Diese Variablen sind das *Pro-Kopf-Einkommen im Jahr 1960*, da bei Ländern mit unterschiedlich hohem Entwicklungsstand im Sinne eines Aufholprozesses auch unterschiedlich hohes Wirtschaftswachstum zu erwarten ist. Dieser nicht unumstrittene Zusammenhang ist als *Konvergenzhypothese* in die Wachstumsliteratur eingegangen. Als zweite Variable wird die *Schulbesuchsquote im Primarbereich im Jahr 1960* als Indikator für den Humankapitalbestand verwendet. Als dritte außer Streit gestellte Variable wird schließlich die *Lebenserwartung im Jahr 1960* berücksichtigt.

Im Gegensatz zu Pro-Kopf-Einkommen und Schulbesuch kann aber für die Lebenserwartung auf kein theoretisches Wachstumsmodell verwiesen werden, das eine Erklärung der Rolle dieser Variablen im Rahmen des Wirtschaftswachstums liefert. Argumentiert könnte jedoch werden, dass bessere Gesundheit, abgebildet durch höhere Lebenserwartung, die Produktivität der Arbeitskräfte und somit den Bestand an Humankapital erhöht<sup>16</sup>. Es besteht bereits eine Vielzahl von Modellen, die erklären, wie Arbeitserfahrung oder schulische Bildung den Humankapitalbestand vergrößern und somit als Wachstumsmotor wirken können<sup>17</sup>.

Diese Modelle lassen sich jedoch nicht ohne weiteres so modifizieren, daß sie die Rolle der Gesundheit im Rahmen des Aufbaus von Humankapital abbilden, da die Auswirkungen besserer Gesundheit komplexer als die Auswirkung höherer Ausbildung sind. Über die Ausbildung erhöht sich die Produktivität, was sich je nach Modellspezifikation nur auf die eigene Produktivität oder - durch externe Effekte - auch positiv auf die Produktivität von Mitarbeitern oder ganzen Branchen auswirken kann. Ein besserer Gesundheitszustand hingegen erhöht nicht nur die Produktivität pro tatsächlich geleisteter Arbeitsstunde, sondern

---

<sup>14</sup> Phillipe Aghion, Peter Howitt, Endogenous Growth Theory, MIT Press 1998.

<sup>15</sup> Z. B. Xavier Sala-i-Martin, I just ran four million regressions, NBER Working Paper 6252, 1997; Levine, R., Renelt, D., A sensitivity analysis of cross-country growth regressions, American Economic Review, 1992, 82(4), 942 - 963.

<sup>16</sup> Vgl. Making a Difference, The World Health Report 1999, World Health Organization, Geneva 1999, Maria M. Hofmarcher, Health Insurance and Productivity, Croatian Medical Journal 40(2): 260-265, 1999.

<sup>17</sup> Vgl. die Pionierarbeiten Paul M Romer, Increasing Returns and Long-Run Growth, Journal of Political Economy 1986, 94(6), S. 1002 - 1037 und Robert E Lucas, On the Mechanics of Economic Development, Journal of Monetary Economics, 1988, 22, 3-42.

kann auch dazu führen, daß pro Person mehr Arbeitsstunden genutzt werden können<sup>18</sup>. Dieser Effekt setzt sich aus geringeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten einerseits und einem späteren Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß andererseits zusammen, sei es durch geringere Häufigkeit des krankheitsbedingten vorzeitigen Ruhestands, sei es durch seltenere Todesfälle vor Eintritt in den Ruhestand.

Neuere Untersuchungen deuten aber auch verstärkt auf den Einfluss von Überlebensraten und Lebenserwartung auf das Einkommensniveau bzw. auf das Wirtschaftswachstum hin. Aus historischer Sicht konnte gezeigt werden, dass zwischen dem Ende des 16. Jahrhunderts und dem vorletzten Drittel des 20. Jahrhunderts etwa 30 Prozent der pro Kopf Wachstumsrate in Großbritannien durch Verbesserungen des Gesundheitszustandes bzw. des Ernährungszustandes erklärt werden können<sup>19</sup>. Dieser Wert konnte bei Heranziehung der letzten 30 bis 40 Jahre als Beobachtungszeitraum ebenso eingegrenzt werden<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Michael Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972, 223-255

<sup>19</sup> Fogel, RW. New findings on secular trends in nutrition and mortality: some implication for population theory. In: Rosenzweig MR, Stark O (Ed.) *Handbook of population and family economics*, Vol.1A. Amsterdam, Elsevier Science, 1997: 433-481.

<sup>20</sup> Jamison DT, Lau LJ, Wang J. Health's contribution to economic growth, 1965-90. In *Health, health policy and economic outcomes*. Geneva, Health Development Satellite, Final Report 1998, zit. in *Making a Difference*, The World Health Report 1999, World Health Organization, Geneva 1999.

## Schwerpunktthema: GESUNDHEIT21<sup>21</sup> - ÖSTERREICHISCHE ZIELE

Die Formulierung von Zielen für die Gesundheitspolitik verlangt als Grundlage die Kenntnis der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Die Entwicklung der Mortalität wird als Anhaltspunkt für den Gesundheitszustand herangezogen. Der Beitrag gliedert sich in zwei Teile.

Im ersten Teil wird die Entwicklung der altersstandardisierten Sterbeziffer<sup>22</sup> für Österreich analysiert und die Position Österreichs im Vergleich zu den durchschnittlichen Sterbeziffern in der EU dargestellt. Datengrundlage hierfür sind Mortalitätsraten aus der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO), WHO Health For All 1999, in der altersstandardisierte Mortalitätsraten gemäß International Classification of Diseases, Tenth Version (ICD-10)<sup>23</sup> für die WHO Region enthalten sind.

Im zweiten Teil werden altersgruppenspezifische Sterblichkeiten in Österreich mit GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHE ZIELE verknüpft. Datengrundlage hierfür ist die österreichische Todesursachenstatistik nach ICD-9 und das gesundheitspolitische Rahmenkonzept des WHO-Regionalbüro für Europa: "Gesundheit für alle" im 21. Jahrhundert<sup>24</sup>.

### *Die Mortalität sinkt schneller in Österreich als in der EU*

Tabelle 2 und Abbildung 4 zeigen die Entwicklung der Sterblichkeit in Österreich gereiht nach den häufigsten Todesursachen 1997. Herzkrankheiten, Bösartige Neubildungen und Hirngefäßerkrankungen sind im gesamten Beobachtungszeitraum die häufigsten Todesursachen. 1997 verursachten Erkrankungen in jenen drei Kategorien etwa drei Viertel aller Todesfälle, wobei 42 Prozent auf Herzkrankheiten entfielen, 22 Prozent auf bösartige Neubildungen und 10 Prozent auf Hirngefäßerkrankungen. Unfälle verursachten 6 Prozent der Fälle mit Todesfolge. Im EU-Durchschnitt<sup>25</sup> entfielen 1995 auf Herzkrankheiten 40 Prozent aller

<sup>21</sup> Gesundheit21 ist die Bezeichnung für die "Gesundheit für Alle" – Strategie der Weltgesundheitsorganisation, die 1980 vorgestellt wurde. In "Gesundheit für Alle" wurden 38 Ziele formuliert, das im Mai 1998 verabschiedete Dokument Gesundheit21 enthält 21 Ziele.

<sup>22</sup> Die WHO bereinigt unter Verwendung der direkten Methode die grobe Sterbeziffer für Österreich um die Altersstruktur in der Europäischen Union. Dadurch können die Unterschiede in der Mortalität zwischen den Ländern auf andere Gründe als die unterschiedliche Altersstruktur zurückgeführt werden

<sup>23</sup> Die ICD-10 Klassifizierung von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen wurde von der WHO 1992 publiziert und in den WHO-Mitgliedsstaaten teilweise umgesetzt (vgl. <http://www.who.int/whosis/icd10/implemen.htm>). In Österreich wurde die Codierung der Mortalität 1998 auf ICD-10 umgestellt. ICD-10 erweitert die Klassifikation um gesundheitsrelevante Risiko- und Lebensstilfaktoren und bietet neue Konzepte zur Klassifikation von psychiatrischen Erkrankungen und von Unfällen.

<sup>24</sup> Health21-The Health For All Policy for the WHO European Region-21 Targets for the 21<sup>st</sup> Century, World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen, Regional Committee for Europe, Forty-eight session, Copenhagen, 14-18 September 1998, EUR/RC48/10, 18 June 1998.

<sup>25</sup> Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt.

Sterbefälle, auf bösartige Neubildungen 27 Prozent und auf Hirngefässerkrankungen 10 Prozent<sup>26</sup>.

Gegenüber 1970 verringerte sich die Mortalität im gesamten Beobachtungszeitraum um etwa 40 Prozent (vgl. Tabelle 2). Die Verringerung der Sterbefälle infolge von Diabetes, von chronischen Lebererkrankungen und von Krebs war im Beobachtungszeitraum relativ am geringsten und betrug etwa zwei Zehntel. In der Gruppe der Erkrankungen des urogenitalen Bereiches und der respiratorischen Erkrankungen war die Reduktion am stärksten und betrug zwischen 1970 und 1997 etwa drei Viertel.

Relativ zur gesamten Mortalität im Durchschnitt der Europäischen Union (EU) war die Verringerung der Sterbefälle in Österreich zwischen 1970 und 1995 um 18 Prozent stärker<sup>27</sup>. Zwischen 1980 und 1995 war der relative Rückgang vergleichsweise noch stärker. Diese Beobachtung korrespondiert mit der stark wachsenden Lebenserwartung in Österreich nach 1980, die im Vergleich für Männer am deutlichsten ausfiel. Die Zuwächse der Lebenserwartung für Frauen waren die drittstärksten in der europäischen Region<sup>28</sup>.

Neben der fallenden Kindersterblichkeit ergibt sich der Zusammenhang von steigender Lebenserwartung und sinkenden Mortalitätsraten aus der Verzögerung von vorzeitigem Sterbens. Tabelle A1 zeigt, dass in Österreich das Niveau der Todesfälle vor dem 70 Lebensjahr 1990 noch fünf Prozent über dem EU-Durchschnitt lag, 1995 lag es zwei Prozent darüber. Diese Entwicklung war in den 80er Jahren noch deutlicher, sodass die Verringerung der Mortalität vor dem 65 bzw. 70 Lebensjahr, den Anstieg der Lebenserwartung relativ gesehen stärker beschleunigte. Der Gewinn an Lebensjahren allein gibt jedoch noch keine Informationen über den Gewinn an gesunden zusätzlichen Lebensjahren. Über sozioökonomische Gruppen und/oder über die Geschlechter ist die Veränderung der Lebenserwartung nicht gleichförmig (vgl. A2, A3 und Abbildungen 2a und 2b). Obwohl lediglich auf illustrative Beispiele zurückgegriffen werden kann, gibt es eindeutige Hinweise dafür, dass der Anstieg der Lebenserwartung im gesamten westeuropäischen Raum nicht von einem proportionalen Anstieg der Lebensjahre in Behinderung begleitet war<sup>29</sup>, sodass tatsächlich Nettogewinne an gesunden Lebensjahren zu verzeichnen sind. Trifft dies in erhöhtem Mass zu, dann kann

<sup>26</sup> Während es keinen gesicherten Zusammenhang zwischen Krebserkrankungen und Stress gibt, konnte ein starker Zusammenhang zwischen Depressionen und steigenden Herzerkrankungsrisiko festgestellt werden. Vgl. Barlow, T., Don't let stress make you ill with worry: It's fashionable to link lifestyle with disease. Financial Times, Nov. 6, 1999. Dies ist umso bedeutender, da die Krankheitslasten infolge von Depressionen stark steigen. Vgl. Making a Difference, The World Health Report 1999, World Health Organization, Geneva 1999.

<sup>27</sup> Die um 18 Prozent stärkere Verringerung in Oesterreich bedeutet, dass die Mortalität vergleichsweise "elastischer" sinkt und ergibt sich durch das Verhältnis der Veränderung in Oesterreich und der Veränderung in der EU, das zwischen 1970/1995 den Wert 1,18 annimmt.

<sup>28</sup> Vgl. Highlights on Health in Austria, European Commission and WHO Regional Office for Europe, July 1997, Copenhagen, und Tabelle 1 des vorliegenden Bulletins.

<sup>29</sup> Health in Europe 1997, Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996-1997) WHO Regional Publications, European Series, No.83, Copenhagen 1998.

daraus geschlossen werden, dass präventive Massnahmen bzw. die Qualität der medizinischen Versorgung wirksam entwickelt und eingesetzt waren.

Die Verringerung der Mortalität infolge von Krebserkrankungen war verhältnismäßig am deutlichsten. Während sich in Österreich die Todesfälle infolge von Krebserkrankungen in 25 Jahren um 17 Prozent von 228 pro 100 000 Personen auf 189 verringerte, war der Rückgang im EU-Durchschnitt deutlich geringer.

Die Abnahme der Todesfälle infolge von Herzkrankheiten, von Erkrankungen der Gruppe Bronchitis, Emphysem, Asthma, von chronischen Leberkrankheiten und -zirrhose war relativ zum EU-Durchschnitt bisweilen deutlich geringer. Die Verringerung der Sterblichkeit infolge von Diabetes betrug in Österreich nur ein Drittel der Abnahme in der EU<sup>30</sup>.

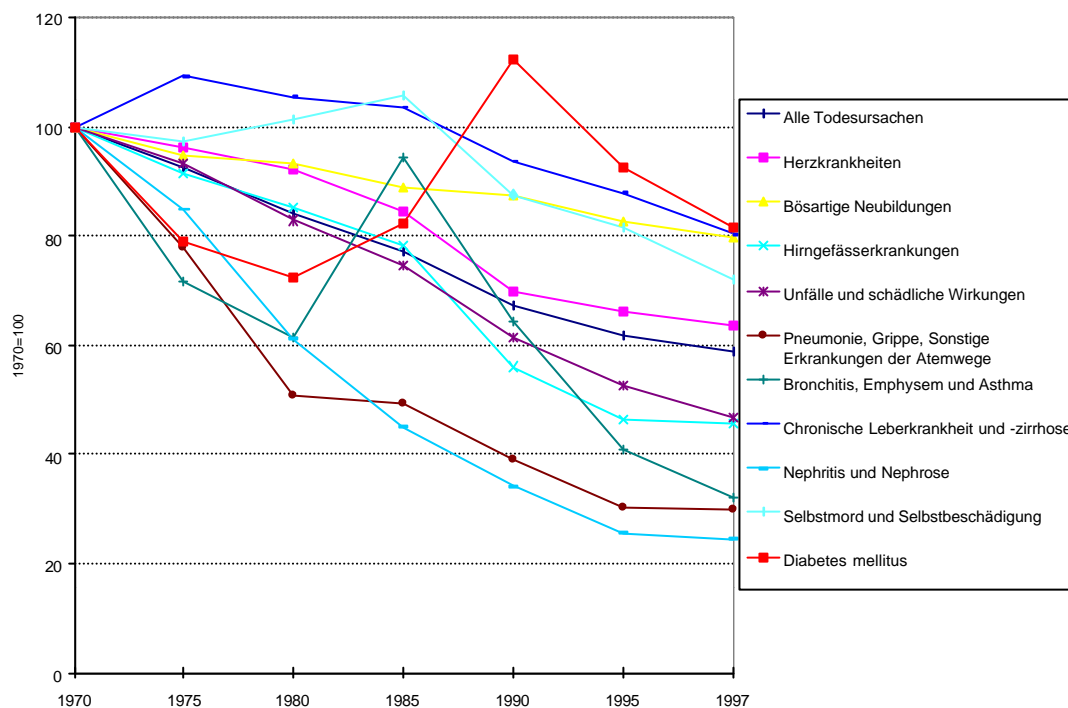
Tabelle 2: Häufigste Todesursachen in Österreich, Reihung nach 1997, Sterbeziffer pro 100.000, altersstandardisiert

		1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	%Veränderung 70/97	%Veränderung 70/95
Alle Todesursachen	ICD-10, alle	1206,2	1114,0	1015,7	932,3	810,5	745,2	709,7	-41,2	-38,2
Herzkrankheiten	I00-I99	559,2	538,4	515,2	471,5	389,5	369,3	355,7	-36,4	-34,0
Bösartige Neubildungen	C00-C97	228,3	216,7	213,1	202,7	199,9	188,9	182,3	-20,1	-17,3
Hirngefässerkrankungen	160-169	176,2	161,1	150,3	138,1	98,9	81,4	80,5	-54,3	-53,8
Unfälle und schädliche Wirkungen	V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99	103,5	96,6	85,7	77,0	63,6	54,3	48,4	-53,2	-47,6
Pneumonie, Grippe, Sonstige Erkrankungen der Atemwege	J00-J99	99,0	77,1	50,4	48,9	38,6	29,9	29,7	-70,0	-69,8
Chronische Leberkrankheit und - zirrhose	K70-K71, K73-K74	27,7	30,3	29,2	28,7	26,0	24,4	22,2	-19,7	-12,1
Selbstmord und Selbstbeschädigung	X60-X84	24,8	24,1	25,1	26,2	21,7	20,2	17,8	-28,2	-18,5
Diabetes mellitus	E10-E14	16,7	13,2	12,1	13,7	18,7	15,5	13,6	-18,5	-7,4
Bronchitis, Emphysem und Asthma	I40-I46	28,8	20,6	17,7	27,1	18,5	11,7	9,2	-68	-59,2
Nephritis und Nephrose	N00-N99	26,1	22,2	16,0	11,8	8,9	6,7	6,4	-75,5	-74,4

Quelle: WHO Health For All 1999, IHS HealthEcon 1999

<sup>30</sup> Die Mortalität infolge von Diabetes und infolge respiratorischer Erkrankungen schwankt über den gesamten Zeitraum, wohingegen sie im EU-Durchschnitt kontinuierlich sinkt.

Abbildung 4: Entwicklung der Sterbefälle, 1970=100, Sterbeziffer pro 100 000 Personen, altersstandardisiert



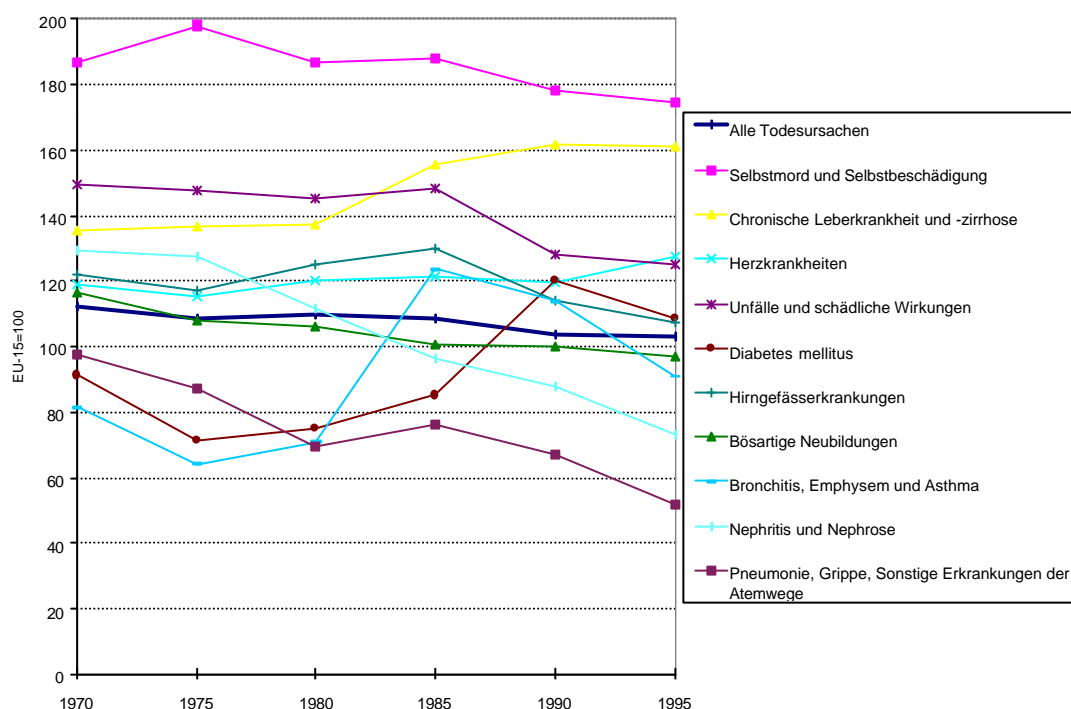
Quelle: WHO Health For All 1999, IHS HealthEcon 1999

### ***Das Niveau der Mortalität ist in Österreich höher als in der EU***

Während die gesamte Mortalität in Österreich 1970 12 Prozent über dem Durchschnitt der EU lag, verringerte sich der Abstand um acht Prozent und lag 1995 drei Prozent über dem EU-Durchschnitt. Die Selbstmordrate war im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich über dem EU-Durchschnitt, wenngleich seit Mitte der 70er Jahre leicht abnehmend. Dies ist auch für die Kategorie Unfälle zu beobachten. Todesfälle infolge von Herzerkrankungen lagen ebenso über dem EU-Durchschnitt und stiegen seit Ende der 70er Jahre. Der Tod infolge chronischer Lebererkrankungen und -zirrhose war vergleichsweise nicht nur deutlich über dem EU-Durchschnitt, sondern hat sich auch seit Anfang der 80er Jahre erhöht.

Unter dem EU-Durchschnitt war und blieb die Sterblichkeit infolge bösartiger Neubildungen, und infolge von Pneumonie, Grippe und sonstigen Erkrankungen der Atemwege. Todesfälle infolge von Diabetes mellitus und infolge von Bronchitis usw. lagen bis etwa Mitte der 80er Jahre unterhalb des Durchschnittes der EU-Länder.

Abbildung 5: Entwicklung der Mortalität, EU-15=100, Sterbeziffer pro 100 000 Personen, altersstandardisiert, EU-Durchschnitt bevölkerungsgewichtet.



Quelle: WHO Health For All 1999, IHS HealthEcon 1999

### ***Möglicher Zielkatalog für die Gesundheitspolitik***

Um zu einer Reihung und damit zu einer relative Gewichtung gesundheitspolitischer Ziele für Österreich zu kommen, wurde in einem ersten Schritt, den drei häufigsten Todesursachen pro Altersgruppe<sup>31</sup> "Gesundheit21 Europäische Ziele" aus dem Rahmenkonzept des WHO-Regionalbüro für Europa: "Gesundheit für alle" im 21. Jahrhundert zugeordnet. Die Zuordnungen und die Frequenz der Nennungen einzelner Ziele ist der Tabelle A4 zu entnehmen. Daraus ergibt sich eine Häufigkeitsverteilung. Die subjektiv vorgenommene Zuordnung der relevanten Ziele ergab somit beispielsweise für die Ziele 10, 11, 13 und 15 die häufigste Nennung, Ziel Nummer neun wurde am zweithäufigsten genannt usw. Strukturelle Ziele werden nur dann berücksichtigt, wenn ein direkter bzw. indirekter Zusammenhang mit der Frequenz der Todesfälle pro Altersgruppe unterstellt ist. Die hier vorgenommenen Zuordnungen stellen einen Ausgangspunkt für die Diskussion um gesundheitspolitische Ziele in Österreich dar. Mit Hilfe der gewählten Systematik ergeben sich vier Gruppen von Zielen für die Gesundheitspolitik in

<sup>31</sup> Die für diesen Abschnitt relevante Bezugsgroesse sind die Todesursachen 1997, klassifiziert nach ICD-9. Nachdem es in der nachfolgenden Darstellung lediglich einen indirekten Bezug auf die Todesursachenhäufigkeit gemäss ICD-10 gibt, sind etwaige Vergleichsbarkeitsprobleme irrelevant. Ausserdem ergibt die Zusammenstellung der zehn häufigsten Todesursachen pro Altersgruppe sowohl für die nach ICD-9 als auch für die nach ICD-10 klassifizierten, dieselbe Rangfolge.



Österreich. Die Reihung der WHO Ziele in den einzelnen Gruppen ergibt sich aus der Nummerierung der Ziele und ist keine Priorisierung.

Tabelle 3: Gesundheit21-Österreichische Ziele

Rang	für	GESUNDHEIT21 Österreichische Ziele
<b>Österreich*</b>		
<b>1</b>	<b>10 – EINE GESUNDE UND SICHERE NATÜRLICHE UMWELT:</b>	<i>Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.</i>
	<b>11 – GESÜNDER LEBEN:</b>	<i>Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.</i>
	<b>13 – SETTINGS ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT:</b>	<i>Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.</i>
	<b>15 – EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSEKTOR:</b>	<i>Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem</i>
<b>2</b>	<b>9 – VERRINGERUNG VON AUF GEWALTEINWIRKUNG UND UNFÄLLE ZURÜCKZUFÜHRENDEN VERLETZUNGEN:</b>	<i>Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.</i>
<b>3</b>	<b>3 – EIN GESUNDER LEBENSANFANG:</b>	<i>Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können</i>
	<b>5 – ALTERN IN GESUNDHEIT:</b>	<i>Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.</i>
	<b>6 – VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT:</b>	<i>Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.</i>
	<b>8 – VERRINGERUNG NICHTÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN:</b>	<i>Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand zurückgehen</i>
	<b>12 – VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN:</b>	<i>Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.</i>
<b>4</b>	<b>4 – GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN (bis 18 Jahre):</b>	<i>Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.</i>
*gemäß der drei häufigsten altersgruppenspezifischen Mortalitätsraten 1997 (Altersgruppen: 1-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, über 65)		
Quellen: WHO-Regionalkomitee für Europa: 48.Tagung, Kopenhagen September 1998, adaptiert IHS HealthEcon 1999		

Die Ziele 10, 11, 13 und 15 bilden gemäß der Häufigkeit der Todesursachen 1997 die erste Gruppe des Zielkataloges für Österreich. Die für die Umsetzung relevanten Politikfelder umfassen neben der Gesundheitspolitik, die Sozial- und Umweltpolitik. Die zweite Gruppe umfasst das Ziel, die infolge von Gewalteinwirkungen und Unfällen auftretenden Verletzungen bzw. Todesfälle zu verringern. Für die Erreichung dieses Zieles sind sowohl verkehrspolitische als auch innen-, familien-, gesundheits- und sozialpolitische Massnahmen erforderlich. Die WHO gibt beispielsweise in bezug auf die Erreichung dieses Zieles ganz konkrete Masse vor. So wird im einzelnen vorgeschlagen, Todesfälle und Behinderung infolge von Verkehrsunfällen bis zum Jahr 2030 um 30 Prozent zu reduzieren, Arbeits-, Haushalts-, und Freizeitunfälle um wenigstens 50 Prozent<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> Siehe Fussnote 24.

Die dritte Gruppe von Zielen spannt sich um den gesamten Lebenszyklus und umfasst darüber hinaus die Verbesserungen der psychischen Gesundheit, die Verringerung nicht übertragbarer Erkrankungen und die Verringerung von Drogenschäden als häufige Todesursachen. Auch bei dieser Zielgruppe ist ersichtlich, dass Gesundheitspolitik im engeren Sinn zu kurz greift. Massnahmen, die der Erreichung dieser Ziele dienen sollen, sind sowohl in Familien-, Bildungs-, und Arbeitsmarktpolitik angesiedelt. Auch für die Umsetzung der Massnahmen, die für den Erhalt und den Ausbau der Gesundheit junger Menschen bis zum 18. Lebensjahr vorgeschlagen sind, bedarf es einer Koordinierung der politischen Zuständigkeiten im Bereich Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen.

### **Die wichtigsten der wichtigen gesundheitspolitischen Ziele für Österreich**

Die Analyse im ersten Teil des Schwerpunktthemas hat ergeben, dass das Niveau der Mortalität infolge von Selbstmord und von Unfällen deutlich über dem EU-Durchschnitt lag. Sterbefälle infolge von chronischen Lebererkrankungen und -zirrhose lagen nicht nur über dem EU-Durchschnitt, sondern sie stiegen relativ gesehen auch. Dies traf seit 1990 auch auf Herzkrankheiten mit Todesfolgen zu. Werden nun jene vier Todesursachen, deren Häufigkeit über dem EU-Durchschnitt liegt bzw. die sogar relativ dazu steigen, in die vorliegende Systematisierung ebenfalls miteinbezogen, ergeben sich aus der vorliegenden Reihung der Ziele, wie sie in Tabelle 3 ersichtlich sind, eine weitere Klasse von Zielen. Um sowohl einen Bezug zwischen der Häufigkeit der Todesursachen wie in Tabelle A4 dargestellt, und dem relativen Niveau der Mortalität, wie Abbildung 5 zeigt, herzustellen, wurden die Ziele 6, 9, 11 und 12 aus dem Zielkatalog, wie er in Tabelle 3 veranschaulicht ist, selektiert. Damit wird verdeutlicht, dass das relativ hohe Niveau der Mortalität infolge von Selbstmord, Unfällen, chronischen Lebererkrankungen und -zirrhose und Herzerkrankungen, verstärkt gesundheitspolitische Aktivitäten erfordert.

Diese auf das Niveau und teilweise auf die Entwicklung der Mortalität relativ zum EU-Durchschnitt abgestimmte Gruppe ergibt somit implizit eine Priorisierung der elf systematisch zugeordneten Ziele, wie sie in Tabelle 4 dargestellt sind. Um die relative Bedeutung dieser Ziele zu unterstreichen wurden daher in Tabelle 4 Vorschläge zur Umsetzung aufgelistet. Damit ist die Relevanz der anderen sieben Zielbereiche keineswegs geschmälert. Die Zusammenstellung möglicher Umsetzungsstrategien ist auch für jene gleichfalls erforderlich, um die gesundheitspolitische Diskussion in Oesterreich auf der Grundlage des Gesundheitszustandes, gemessen an der altersgruppen-spezifischen Mortalität, zu beleben.

Tabelle 4: Ausgewählte gesundheitspolitische Ziele und Vorschläge zur Umsetzung für Österreich (Ziele gereiht nach WHO-Nummerierung)

Gesundheitspolitische Ziele	Mögliche Umsetzungsstrategien
6-Verbesserung der psychischen Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung und Initiativen zur Verbesserung der schulpsychologischen Betreuung.</li> <li>• Vorschläge zur Ausbildung von LehrerInnen in psychologischen Belangen.</li> <li>• Ermöglichung von psychotherapeutischer Betreuung mit Hilfe geförderter oder kostenloser Kredite.</li> <li>• Integration psychologischer Betreuung in die arbeitsmedizinische Versorgung.</li> <li>• Förderung der Akzeptanz psychotherapeutischer Dienste durch andere Gesundheitsberufe.</li> <li>• Screening von RisikopatientInnen durch ÄrztInnen mit Hilfe einheitlich erstellter Fragen zur Verhinderung von Selbstmordfällen.</li> </ul>
9-Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiativen zu Alkoholfreiem (Auto)Fahren (0,0 Promille).</li> <li>• Initiativen zu Geschwindigkeitsbeschränkungen. Bundesweite Strategien zum Ausbau flächendeckender Notfallversorgung.</li> <li>• Initiativen zu einem generellen Waffenverbot für private Haushalte.</li> <li>• Finanzierung von Kampagnen zur sozialen und politischen Ächtung des Mißbrauchs von Kindern und/oder Frauen und/oder älterer bzw. behinderter, institutionell versorgter Personen und/oder ethnischen Gruppen.</li> <li>• Unbürokratische Hilfe und kostenlose Bereitstellung psychologischer und psychotherapeutischer Einrichtungen bzw. Personen für Mißbrauchsopfer.</li> <li>• Soziale und politische Ächtung sexistischer Werbungen.</li> </ul>
11-Gesünder Leben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Gesundheitserziehung.</li> <li>• Initiativen zur Erhöhung der hygienischen Standards von Nahrungsmitteln in der gesamten Nahrungskette.</li> <li>• Berücksichtigung von Erholungs-, Aktivitäts-, und Freizeiträumen bei der Verkehrswege- und Städte- und Besiedlungsplanung.</li> <li>• Informationskampagnen zu risikoarmem Sexualverhalten für alle Bevölkerungsschichten.</li> </ul>
12-Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiativen zur Förderung rauchfreier Schulen und rauchfreier öffentlicher Gebäude.</li> <li>• Finanzierung von Antirauch- und Antialkoholwerbungen.</li> <li>• Unterstützung mobiler Einheiten zur Betreuung von Suchtkranken.</li> <li>• Förderung wissenschaftlich fundierter Drogentherapien.</li> </ul>
Quellen: WHO 1998, IHS HealthEcon 1999	

### Elf gesundheitspolitische Ziele für Österreich plus ein weiteres Ziel

Die auf der Grundlage der Häufigkeit der Todesursachen ermittelten elf gesundheitspolitischen Ziele für Österreich und deren relative Gewichtung in Gruppen, einschließlich der Gruppe von Zielen, die sich aus dem, relativ zum EU-Durchschnitt, hohen Niveau der Mortalität in Österreich ergeben, umfassen nicht nur alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung,

sondern legen nahe, den Zielkatalog für Österreich um das 14. Ziel, das im Rahmenkonzept der WHO vorgeschlagen wird, zu erweitern.

Das 14. Ziel umschreibt die *“Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit”* und die Notwendigkeit, dass *“bis zum Jahr 2020 alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren”*.

Mit Hilfe der für diesen Beitrag gewählten Systematik, konnten aus dem Zielkatalog der WHO für das 21. Jahrhundert, zwölf gesundheitspolitische Ziele für Österreich auf der Grundlage der häufigsten Todesursachen identifiziert werden. Implizit ergibt sich eine Priorisierung dieser zwölf Ziele durch die Berücksichtigung des Niveaus der Mortalität in ausgewählten Krankheitsgruppen im Verhältnis zum EU-Durchschnitt. Allerdings wird erst die Einarbeitung der anderen, vorwiegend strukturell ausgerichteten Ziele, die umfassende Gewichtung eines Zielkataloges für die Gesundheitspolitik erlauben. Wenn ein Konsens über einen gesundheitspolitischen Zielkatalog für Österreich erzielt werden kann, dann kann in weiterer Folge daran gearbeitet werden, unter Zuhilfenahme von Mortalitätsprognosen die Gesundheits- bzw. Kapazitätsplanung am Gesundheitszustand der Bevölkerung und damit verstärkt bedarfsorientiert auszurichten.

Tabelle A1: Verlorene potentielle Lebensjahre durch Tod vor dem 70. Lebensjahr (in Jahren pro 100.000 Einwohner)

							Index EU 15=100					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<b>Österreich</b>	<b>5086</b>	<b>5090</b>	<b>4952</b>	<b>4863</b>	<b>4722</b>	<b>4466</b>	<b>105</b>	<b>105</b>	<b>106</b>	<b>107</b>	<b>106</b>	<b>102</b>
Belgien	5013	4967	4900	n.v.	n.v.	n.v.	104	102	105	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	5281	5150	4998	4815	n.v.	n.v.	109	106	107	106	n.v.	n.v.
Deutschland	4790	5027	4775	4671	4537	4441	99	103	102	102	102	102
Finnland	5488	5294	5036	4693	4546	4454	114	109	108	103	102	102
Frankreich	5142	5143	4987	4905	4742	4580	107	106	107	108	107	105
Griechenland	4367	4298	4285	4187	4163	4174	90	88	92	92	94	95
Großbritannien	4709	4557	4306	4261	4109	4110	98	94	92	93	92	94
Irland	4824	4735	4464	4389	4218	4439	100	97	95	96	95	102
Italien	4469	4588	4520	4288	n.v.	n.v.	93	94	97	94	n.v.	n.v.
Luxemburg	5405	5754	4897	5220	4649	4325	112	118	105	114	105	99
Niederlande	4178	4066	3976	4001	3802	3757	87	84	85	88	85	86
Portugal	6669	6891	6513	6309	5834	5928	138	142	139	138	131	136
Schweden	4017	3949	3629	3540	3332	3182	83	81	78	78	75	73
Spanien	4967	4934	4822	4677	4525	4456	103	102	103	103	102	102
EU15*	4828	4861	4684	4562	4449	4373	100	100	100	100	100	100
EU11*	4889	4965	4801	4666	4598	4500	101	102	103	102	103	103
Schweiz	4644	4661	4480	4256	4179	n.v.	96	96	96	93	94	n.v.
USA	6280	6189	6007	6070	5998	5894	130	127	128	133	135	135
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	8335	8525	8123	7526	7684	7427	173	175	173	165	173	170
Slowenien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Tschechien	6917	6690	6496	6056	n.v.	n.v.	143	138	139	133	n.v.	n.v.
Ungarn	9575	9651	9809	9676	9315	8955	198	199	209	212	209	205

Quelle: OECD Health Data 98.

\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Tabelle A2: Lebenserwartung für Männer im 65. Lebensjahr

								Index EU15=100						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<b>Österreich</b>	<b>14,6</b>	<b>14,7</b>	<b>14,8</b>	<b>14,9</b>	<b>15,2</b>	<b>15,3</b>	<b>15,4</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
Belgien	14,4	14,6	14,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	97	97	96	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	14,1	14,4	14,3	14,1	14,4	14,2	14,4	95	96	94	93	93	92	94
Deutschland	14,1	14,3	14,6	14,5	14,8	14,9	14,9	95	95	96	96	96	96	97
Finnland	13,8	14,1	14,1	14,2	14,8	14,6	n.v.	93	94	92	93	96	95	n.v.
Frankreich	16,1	16,3	16,4	16,4	16,8	16,7	16,7	108	109	108	108	109	109	108
Griechenland	15,8	16,0	15,9	16,1	16,3	16,3	16,4	106	107	104	106	106	106	106
Großbritannien	14,2	14,3	14,5	14,3	14,8	14,7	15,0	96	95	95	94	96	96	97
Irland	13,3	13,6	13,6	13,5	13,8	13,6	n.v.	89	90	89	89	90	88	n.v.
Italien	15,1	15,2	15,6	15,7	n.v.	n.v.	n.v.	102	102	103	103	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	14,2	14,5	14,4	14,4	14,8	15,0	15,1	95	97	95	95	96	97	98
Niederlande	14,5	14,6	14,8	14,4	14,9	14,8	15,0	97	98	97	95	96	96	97
Portugal	14,0	14,1	14,4	14,0	14,5	14,4	14,3	94	94	94	92	94	93	92
Schweden	15,4	15,6	15,7	15,7	16,2	16,1	16,3	104	104	103	103	105	105	105
Spanien	15,5	15,6	15,9	16,0	16,2	16,2	n.v.	104	104	105	105	105	105	n.v.
EU15**	14,9	15,0	15,2	15,2	15,4	15,4	15,4	100	100	100	100	100	100	100
EU11**	15,0	15,1	15,3	15,3	15,5	15,5	15,5	101	101	101	101	101	101	101
Schweiz	15,4	15,7	15,9	16,0	16,2	n.v.	n.v.	103	105	105	105	105	n.v.	n.v.
USA *	15,1	15,3	15,4	15,3	15,5	15,6	15,7	101	102	101	101	101	101	102
Estland	12,1	12,4	11,8	11,8	11,7	12,1	12,4	82	83	78	78	76	78	80
Polen	12,5	12,3	12,6	12,6	12,8	13,0	13,0	84	82	83	83	83	84	84
Slowenien	13,5	13,4	13,4	13,2	13,8	13,9	13,9	91	90	88	87	89	90	90
Tschechien	11,7	12,1	12,3	12,6	12,8	12,8	13,2	79	80	81	83	83	83	86
Ungarn	12,1	12,2	11,9	11,8	12,1	12,2	12,2	81	81	78	78	78	79	79

Quelle: WHO Health for All database, \* OECD Health Data 98.

\*\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Tabelle A3: Lebenserwartung für Frauen im 65. Lebensjahr

								Index EU15=100						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<b>Österreich</b>	<b>18,2</b>	<b>18,2</b>	<b>18,3</b>	<b>18,5</b>	<b>18,8</b>	<b>18,9</b>	<b>19,0</b>	<b>97</b>	<b>96</b>	<b>95</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>98</b>
Belgien	18,9	18,9	19,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	100	100	99	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	18,0	18,2	18,0	17,7	18,0	17,7	18,0	96	96	94	92	93	91	93
Deutschland	17,8	18,0	18,4	18,4	18,6	18,8	18,8	95	95	96	96	96	97	97
Finnland	17,9	18,2	18,3	18,1	18,8	18,8	n.v.	95	96	95	95	97	97	n.v.
Frankreich	20,8	21,0	21,2	21,1	21,6	21,5	21,5	110	111	110	111	111	111	111
Griechenland	18,2	18,3	18,2	18,5	18,6	18,7	18,9	96	96	95	96	96	96	97
Großbritannien	18,1	18,2	18,4	18,1	18,6	18,4	18,6	96	96	96	95	96	95	96
Irland	17,1	17,0	17,3	17,1	17,4	17,3	n.v.	91	90	90	89	90	89	n.v.
Italien	19,1	19,2	19,5	19,6	n.v.	n.v.	n.v.	101	102	102	103	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	18,2	18,7	18,5	18,6	19,3	19,8	19,7	97	99	96	97	100	102	101
Niederlande	19,2	19,3	19,4	19,0	19,3	19,3	19,7	102	102	101	99	99	99	101
Portugal	17,1	17,3	17,7	17,4	18,0	17,8	17,7	91	91	92	91	93	92	91
Schweden	19,3	19,5	19,6	19,4	20,1	20,0	20,0	102	103	102	101	104	103	103
Spanien	19,2	19,3	19,9	19,9	20,1	20,2	n.v.	102	102	103	104	104	104	n.v.
EU15**	18,8	18,9	19,2	19,1	19,4	19,4	19,4	100	100	100	100	100	100	100
EU11**	19,0	19,1	19,4	19,4	19,7	19,7	19,7	101	101	101	101	101	102	102
Schweiz	19,7	20,1	20,3	20,4	20,7	n.v.	n.v.	105	106	106	107	106	n.v.	n.v.
USA *	18,9	19,1	19,2	18,9	19,0	18,9	18,9	100	101	100	99	98	97	97
Estland	15,8	16,1	16,1	15,8	15,8	16,3	16,6	84	85	84	82	82	84	85
Polen	16,3	16,1	16,3	16,2	16,5	16,6	16,6	86	85	85	85	85	86	86
Slowenien	17,3	17,0	17,3	17,1	17,4	17,9	18,1	92	90	90	90	90	92	93
Tschechien	15,4	15,7	16,1	16,0	16,2	16,3	16,7	82	83	84	84	83	84	86
Ungarn	15,5	15,6	15,6	15,6	15,8	15,9	15,8	82	83	81	81	81	82	82

Quelle: WHO Health for All database, \* OECD Health Data 98.

\*\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Tabelle A4: Todesursachen nach Altersgruppen 1997, Sterbefälle pro 100 000

Rang	Alle Altersgruppen	ICD-9 codes	m	w	gesamt	Gesundheit21-Nummer der Europäischen Ziele
1	Herzkrankheiten	390-398,402,404-429	338.3	408.4	<b>373.4</b>	
2	Bösartige Neubildungen	140-208	245.9	221.8	<b>233.9</b>	
3	Hirngefäßkrankheiten	430-438	93.0	154.1	<b>123.6</b>	
<b>Altersgruppe 1-4</b>						
1	Unfälle und schädliche Wirkungen	E800-E949	11.6	5.0	<b>8.3</b>	3, 9
2	Angeborene Mißbildungen	740-759	5.8	4.4	<b>5.1</b>	3
3	Mord, Totschlag, sonst. Gewalt	E960-E978	2.1	2.2	<b>2.2</b>	9
<b>5-14 Jahre</b>						
1	Unfälle und schädliche Wirkungen	E800-E949	6.9	4.4	<b>5.7</b>	4.9
2	Bösartige Neubildungen	140-208	2.7	2.8	<b>2.8</b>	10, 13, 15
3	Angeborene Mißbildungen	740-759	1.2	2.0	<b>1.6</b>	3.4
<b>15-24 Jahre</b>						
1	Unfälle und schädliche Wirkungen	E800-E949	63.5	14.5	<b>39.4</b>	9.12
2	Selbstmord	E950-E959	24.3	4.8	<b>14.7</b>	6
3	Bösartige Neubildungen	140-208	5.8	3.5	<b>4.7</b>	10, 13, 15
<b>25-44 Jahre</b>						
1	Unfälle und schädliche Wirkungen	E800-E949	30.2	7.2	<b>21.9</b>	9, 12
2	Bösartige Neubildungen	140-208	16.7	22.5	<b>21.2</b>	10, 13, 15
3	Selbstmord	E950-E959	25.9	8.7	<b>20.0</b>	6
<b>45-64 Jahre</b>						
1	Bösartige Neubildungen	140-208	285.3	197.4	<b>240.9</b>	10, 13, 15
2	Herzkrankheiten	390-398,402,404-429	248.5	70.7	<b>158.7</b>	5, 8, 11
3	Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	571	77.8	24.3	<b>50.8</b>	6, 11, 12
<b>65 und älter</b>						
1	Herzkrankheiten	390-398,402,404-429	2332.2	2078.2	<b>2172.3</b>	5, 8, 11
2	Bösartige Neubildungen	140-208	1459.8	901.2	<b>1108.1</b>	10, 11, 13, 15
3	Hirngefäßkrankheiten	430-438	692.7	784.4	<b>750.4</b>	5, 8, 11

Quelle: Statistisches Zentralamt 1999, WHO, IHS HealthEcon 1999